

случаев (2) диагноз установлен уже на этапе патологоанатомического исследования. В 81% случаев (у 30 человек) проводилась специфическая профилактика, а в случаях верификации тромбоза — назначались лечебные дозы прямых антикоагулянтов. Остальные 19% (7) не получали препаратов гепарина по причине высокого риска рецидива кровотечений или ранней послеоперационной летальности. При патологоанатомическом исследовании тромбоэмболия главных ветвей легочной артерии выявлена в 13,5% (5) пациентов, сегментарных — в 21,6% (8) и мелких ветвей — в 64,9% (24) случаев. Источник при патологоанатомическом исследовании удался установить только у 67,5% пациентов с ТЭЛА (25 человек), умерших после различных операций: тромбоз глубоких вен голени выявлен у 35,1% (13 пациентов), тромбоз вен таза в 10,8% (4 случая), у 13,5% (5 человек) имелось сочетание тромбоза глубоких вен голени и малого таза, а у 2,7% (1) выявлено сочетанное поражение глубоких и поверхностных вен нижних конечностей. В 2,7% случаев (1 пациент) имел место тромбоз внутренней яремной вены и также в 2,7% (1) тромботические массы были найдены в правом предсердии.

**Выводы.** Несмотря на внедрение в практику многопрофильного хирургического стационара стандартов профилактики и лечения венозных тромбоэмболических осложнений, ТЭЛА явилась основным или вспомогательным звеном танатогенеза в послеоперационном периоде у 15,5% всех погибших пациентов, что составляет 0,3% от общего числа оперированных пациентов. Прижизненная диагностика тромбозов в различных отделах венозной системы у этой категории пациентов затруднительна и проведена только в 13,5% случаев, при этом ТЭЛА в окончательном клиническом диагнозе была поставлена у 94,6% пациентов вне зависимости от яркости клинических проявлений и данных инструментальных методов исследования. Учитывая тяжесть исходной ургентной патологии и течение послеоперационного периода, в большинстве случаев сложно судить о начале развития ТЭЛА или ее рецидивах, что суживает диапазон возможных лечебных мероприятий.

*Муминов Ш.М., Ахмедов Р.А.,  
Хамидов Б.П., Ким Д.Л.*

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ

*Республиканский научный центр  
экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Актуальность.** Острый варикотромбофлебит (ОВТФ) является наиболее распространенным осложнением варикозной болезни поверхностных вен нижних конечностей (Савельев В.С., 2001г.), который развивается у каждого 5-6-го пациента. Частота развития этого осложнения

варикозной болезни достигает 30% (Кириенко Л.И. 2006).

**Цель.** Улучшить результаты лечения пациентов с ОВТФ путем применения активной хирургической тактики и адекватной медикаментозной терапии для предотвращения тромбоэмболических осложнений.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 1287 пациентов (с 2003 по 2013 гг.) с ОВТФ поверхностных вен нижних конечностей. Мужчин было 514 (39,9%), женщин — 773 (60,1%). Пациенты были в возрасте от 15 до 85 лет, средний возраст —  $47,3 \pm 4,3$  лет. Острый тромбофлебит голени имелся у 31 (2,4%), бедра — у 1256 (97,7%) пациентов. При распространении процесса до уровня верхней трети бедра пациентам проводилось комплексное обследование, включающее, помимо традиционных методов исследования, ультразвуковое ангиосканирование.

**Результаты и обсуждение.** При распространении процесса в пределах голени и отсутствии поражения глубоких вен пациентам назначалось амбулаторное лечение. Им были рекомендованы венотоники, НПВС, гепариносодержащие мази и гели местно.

Пациенты с распространением процесса на бедро были госпитализированы в экстренном порядке. Всем пациентам выполнена операция кроссектомия под местной анестезией. У 152 (12,1%) пациентов тромб флотировал в бедренную вену. Эти операции были сопряжены со значительной опасностью фрагментации тромба и последующей эмболии легочной артерии. Однако используемая нами методика (операция выполняется после продольной венотомии культи БПВ до сафено-фemorального соустья и выполнения пациентом пробы Вальсальвы с одновременным использованием электроотсоса до получения удовлетворительного ретроградного кровотока из бедренной вены) позволила во всех случаях избежать осложнений. В послеоперационном периоде пациентам назначались инъекции прямых антикоагулянтов под контролем показателей ВСК, коагулограммы; НПВС; гепариносодержащие мази и гели местно.

При поражении вен голени у 31 (2,4%) пациента проводилась консервативная терапия, после которой нарастание воспалительного процесса в проксимальную сторону (уровень коленного сустава) не наблюдалось. Пациенты выписаны на амбулаторное лечение. У пациентов с ОВТФ на уровне бедра, подвергнутых хирургическому лечению, длительность стационарного лечения составила  $4,4 \pm 1,0$  суток. После купирования явлений ОВТФ пациентам было рекомендовано выполнение планового оперативного лечения варикозной болезни.

**Выводы.** Адекватная медикаментозная терапия и, по показаниям, оперативное лечение у пациентов с ОВТФ нижних конечностей позволяет избежать и максимально снизить риск развития тромбоэмболических осложнений.